

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

932^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

DESCOEUR Guy

né le 25 Juin 1929 à SAIGNES (Cantal)

Présentée et soutenue publiquement le:

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DE LA POLYPOSE RECTO-COLIQUE

(A Propos d'un cas guéri par colectomie totale)
RESULTAT LOINTAIN

Président M. J. PATEL, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT
PAR

DESCOEUR Guy
né le 25 Juin 1929 à SAIGNES (Cantal)

Présentée et soutenue publiquement le:

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DE LA POLYPOSE RECTO-COLIQUE
(A Propos d'un cas guéri par colectomie totale)
RESULTAT LOINTAIN

Président M. J. PATEL, Professeur



Année 1959

N°

DESCOEUR Guy
né le 25 Juin 1929 à SAIGNES (Cantal)

Présentée et soutenue publiquement le:

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DE LA POLYPOSE RECTO-COLIQUE
(A Propos d'un cas guéri par colectomie totale)
RESULTAT LOINTAIN

Président M. J. PATEL, Professeur





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0024

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	Broussais GENNES (L. de)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	St-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Port-Royal N.
	Tarnier VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM. TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.	MM.
Anatomie { CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie { JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique { GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (G.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie DEBAIN (J.)
Anesthésiologie VOUREH (G.)	Parasitologie { BRUMPT (L.G.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie { NÉVOT (A.), pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale { BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale { DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie exotique SCHNEIDER (J.)
Biologie médicale BOURLIÈRE (F.), m. conf.	Pathologie expérimentale { CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHE (G.)
Carcinologie DENOIX (P.)	Pathologie médicale { AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Ol.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (F.)
Dermato-Syphiligraphie DUPERRAT (B.)	
Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)	
Embryologie TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	
Hématologie { BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	
Histologie { COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)	
Hydrologie CORNET (A.)	
Hygiène { BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)	
Maladies infectieuses { BASTIN (R.) DUPONT (V.)	
Médecine légale { DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)	
Médecine du travail ALBAHARY (C.)	
Neuro-chirurgie DAVID (M.)	
Neurologie LHERMITTE (F.)	
Obstétrique { GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)	
Ophthalmologie { BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)	

	MM.		MM.
	JOSEPH (R.)	Pneumo phthologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		CERNÉA (P.)
	LEVY (Mlle J), pr. s. ch.	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.), m.c. agr.
Pharmacologie	BOISSIER (J.)		GRELLET (M.)
	LECHAT (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.		LAMOTTE (M.)
	DEJOURS (P.)	Urologie	QUENU (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
Clinique chirurgicale . . .	LÉGER (L.)	Clinique obstétricale . . .	MAYER (M.)
	OLIVIER (G.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)		
	HAGUENEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique oto-rhino-laryngo-	
	BOUDIN (G.)	logique	MADURO (R.)
	CONTE (M.)	Clinique pédiatrique et pué-	
Clinique médicale	DOMART (A.)	riculture	LAPLANE (R.)
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . . M. LENA (J.)
Secrétaires Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires { Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.),
LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A ma Femme

Aux Docteurs Jean et Brigitte DESCOEUR

A Monsieur le Professeur PATEL
Membre de l'Académie de Chirurgie
Professeur à la Faculté de PARIS
Chirurgien des Hôpitaux de PARIS
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur MIALARET

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien des Hôpitaux de PARIS

En témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur DUPUY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital d'AURILLAC

qui nous a inspiré ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre ~~vive~~ gratitude et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur MEZARD
Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS
Médecin de l'Hôpital d'AURILLAC

Nous l'avons mis à contribution pour ce travail, qu'il
veuille bien accepter nos remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur BELCOUR
Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS

En remerciement pour son aide précieuse de tous les instants

A Messieurs les Docteurs VERMENOUE et FERRIERE
Médecins de l'Hôpital d'AURILLAC

En remerciement de l'accueil reçu dans leurs services et de
leur enseignement.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DE LA POLYPOSE RECTO-COLIQUE

(A propos d'un cas guéri par colectomie totale)

RESULTAT LOINTAIN

- P L A N -

I - INTRODUCTION

II - OBSERVATION

III - DISCUSSION - CONCLUSION

- I N T R O D U C T I O N -

Nous avons eu l'occasion de suivre à l'Hôpital d'Aurillac, dans le service du Docteur DUPUY, au printemps 59, une jeune malade de 26 ans, Colette S., qui avait été traitée, il y a neuf ans, dans le service, pour une polypose généralisée recto-colique.

Depuis la colectomie totale faite à cette malade en Juillet 1951, à l'Hôpital St Louis à PARIS, par le Docteur MIALARET, après l'échec de tous les traitements conservateurs entrepris : dérivation colique droite, colectomie partielle, cette malade est restée bien guérie.

Le Docteur MIALARET, dans une communication faite le 1er Juin 1955, à l'Académie de Chirurgie avait publié, en même temps que plusieurs autres cas de polypose, l'observation de notre malade.

Depuis 1950, Colette S., a présenté toute une série d'incidents, les uns mineurs, les autres plus importants et qui ont nécessité deux nouvelles interventions chirurgicales.

C'est l'observation complète de cette malade, depuis Mars 1950, c'est-à-dire depuis 9 ans, que nous nous proposons de rapporter et nous remercions d'une façon particulière, le Docteur MIALARET, d'avoir bien voulu nous communiquer tout le dossier de cette malade, pendant la période de ses hospitalisations dans son service, à l'Hôpital St-Louis à Paris.

- O B S E R V A T I O N -

Colette S., âgée de 17 ans, de Rcannes St Mary (Cantal), a été adressée par son médecin traitant, le Docteur SOUYRI, à l'Hôpital d'Aurillac, dans le service du Docteur MEZARD.

Depuis 48 heures, cette jeune fille, qui était en très bonne santé jusque-là, présente un tableau infectieux aigu avec : température à 39, des douleurs abdominales diffuses, et des hémorragies intestinales importantes, de sang rouge.

On pense naturellement à une typhoïde évoluant d'une façon aiguë chez une jeune fille rurale, non vaccinée, qui ne présente aucun antécédent personnel ou familial intéressant et on espère une amélioration rapide, par le traitement au Chloramphénicol.

En réalité il n'en est rien, et, malgré 2 gr de Chloramphénicol par jour pendant 8 jours, le tableau infectieux ne cesse de s'aggraver.

La température se maintient en plateau au-dessus de 39. Il n'existe pas de frissons. Les douleurs abdominales diffuses, surtout vives dans les deux fosses iliaques, sont augmentées par l'absorption de liquides. La malade n'a jamais présenté de nausées ni de vomissements. Une diarrhée s'est installée, très liquide, avec une dizaine de selles en 24 heures.

Les hémorragies anorectales de sang rouge persistent une ou deux fois par jour ; deux de ces hémorragies ont déjà nécessité deux transfusions de 300 cc3

A l'examen, l'abdomen est météorisé, mais très souple, douloureux à la pression, surtout au niveau des deux fosses iliaques. On n'a jamais noté ni taches rosées, ni l'existence d'une grosse rate.

Les urines sont peu abondantes, très concentrées, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. Plusieurs examens cyto-bactériologiques révèlent des urines normales, sans pus, ni microbes, ni cylindres.

L'anémie est importante : 1.800.000 hématies, huit jours après l'entrée de la malade dans le service. Il existe une leucocytose avec polynucléose, 18.000 leucocytes avec 75 % de polynucléaires.

Mais surtout, toutes les hémocultures, faites depuis l'entrée de la malade sont restées négatives, malgré la température qui se maintient au-dessus de 39°. Les séro-diagnostic ne donneront eux non plus aucune agglutination pathologique.

L'examen pleuro-pulmonaire n'a jamais révélé de signe pathologique. Une radiographie au lit de la malade donne une image thoracique normale.

La cuti est négative.

Tous les antibiotiques ont été successivement essayés, isolément ou en association, et à de très fortes doses. Ils n'ont eu aucune action sur l'état infectieux et sur la température qui se maintient au-dessus de 39.

C'est le lavement baryté fait le 21 Mars 1950 par le Docteur H. FERRIERE, qui va permettre de faire le diagnostic en mettant en évidence, sur les clichés, après évacuation du lavement, une polypose étendue à tout le cadre colique surtout marquée au niveau du côlon gauche.

Une rectoscopie confirme le diagnostic et la malade est adressée au service de Chirurgie du Docteur DUPUY.

A son arrivé, la malade est en très mauvais état. La diarrhée séreuse et les hémorragies quotidiennes ont constitué un état de cachexie et d'anémie que les transfusions et les perfusions de tous ordres ne sont pas arrivées à compenser. La température est en plateau au-dessus de 39, depuis 3 semaines et on a l'impression que la situation s'aggrave de jour en jour et qu'une décision chirurgicale est urgente.

Que fallait-il faire ?

L'état général de la malade interdisait de penser à réaliser une colectomie totale ou partielle. La seule intervention qui paraissait possible était une dérivation des matières par anus colique droit, qui mettrait les lésions coliques au repos et permettrait peut-être dans un deuxième temps, l'ablation de la lésion.

Le 30 Mars 1950, - Docteur DUPUY, Hôpital d'AURILLAC - ANUS COLIQUE DROIT à l'anesthésie locale.

On extériorise avec difficultés sur un drain en caoutchouc, le côlon droit juste au-dessus du coecum, le côlon est épaissi, infiltré, oedémateux.

Le surlendemain, section complète du côlon extériorisé au bistouri électrique. On constate à l'ouverture du côlon, la présence de nombreux polypes confluent sur la muqueuse colique et coecale.

Contrairement à notre espoir, cette colostomie n'amène qu'une amélioration très légère à l'état de notre malade. Les hémorragies persistent plus ou moins importantes mais quotidiennes, par le rectum et par la colostomie droite.

On constate une diminution de la diarrhée et une courbe de température plus irrégulière qui s'est décrochée.

L'état général reste cependant des plus graves. La malade est squelettique malgré les transfusions et perfusions de tous ordres.

On décide de profiter de la légère amélioration constatée pour faire une colectomie, mais seulement partielle, la malade ne paraissant pas pouvoir supporter une colectomie totale.

Le 12 Mai 1950 - COLECTOMIE PARTIELLE par le Docteur DUPUY, sous ANESTHESIE GENERALE, par le Docteur S. ANDRIEU - HOPITAL d' AURILLAC

Par médiane, sous et para-ombilicale, ablation facile du côlon gauche, du transverse et du côlon droit, jusqu'à la colostomie. Le sigmoïde est abouché à la peau au-dessus de la symphyse, pour diminuer le choc et la durée de l'intervention. On draine les gouttières pariétocoliques par deux incisions lombaires.

La pièce - On est en présence d'un côlon envahi par de très nombreux polypes plus ou moins gros, allant de la taille d'une noisette à celle d'une noix, de teinte vineuse, sessiles ou pédiculés, recouverts de glaires sanguinolentes, ils sont confluent et l'on trouve très peu d'intervalles de muqueuse saine. Ils siègent surtout sur le côlon gauche et la partie gauche du côlon transverse.

Biopsie (Docteur FABRE de TOULOUSE) - Un fragment est constitué par un tissu inflammatoire sans tissu intestinal. Le deuxième montre un polype ulcéré en partie nécrosé avec de larges plaques hémorragiques.

Il n'y a que des images d'inflammation non spécifiques.

Les suites opératoires -

- des plus mouvementées,
- suppurations lombaires très importantes par les deux drainages lombaires,
- les hémorragies persistent par l'anus et la colostomie mais moins abondantes, moins régulières,
- mais la température, très lentement, se décroche,
- très lentement, en plusieurs mois, l'état général devient moins précaire, la malade s'alimente, l'anus coecal fonctionne bien.

Très lentement son état général se rétablit.

La malade commence à se lever après 10 mois de lit.

La malade est restée hospitalisée pendant 11 mois dans le service.

Mais les hémorragies persistent qui compromettent cette amélioration et après consultation du Docteur MIALARET, il est décidé d'adresser la malade à Paris, pour compléter la colectomie par l'ablation du cœcum, du rectum et pour essayer de réaliser une iléostomie transanale.

Le 26 Juillet 1951, cette malade entre dans le Service du Docteur MIALARET.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE DU 6 AOUT 1951 - COLECTOMIE TOTALE par le
DOCTEUR MIALARET à PARIS

Anesthésie : circuit fermé
pento, cyclo, éthor, curare

(Mr. THUILLIER)

Opérateur : Mr. MIALARET

Aides : Mr. EDELMANN
Mr. BOURGEOIS

Polypose recto colique
Colectomie à Aurillac laissant le cœcum et le rectum
(Dr. DUPUY).

Temps abdominal -

Médiane avec l'intention de compléter la colectomie et de terminer par invagination du grêle intra-sphinctérienne.

Adhérences très importantes du grêle à la paroi, au sigmoïde, à l'ovaire gauche etc et des anses grêles entre elles. Libération difficile. Deux anses blessées sont suturées.

Décollement rétrorectal.

Résection coecale et côlon droit restant.

Malheureusement, la vascularisation du grêle ne permet pas, sans grand

danger un abaissement de la dernière anse.

On enlève le cœcum et on abouche la fin de l'iléon à la peau, là où il y avait l'anus coecal.

Péritonisation soigneuse de l'excavation et de l'anse grêle devenue un anus terminal.

Résection de la cicatrice abdominale

Fermeture de la paroi sans drainage

Le grêle est extériorisé sur 10 cms pour faire ensuite si possible un habillage en trompe.

Temps périnéal -

Résection intra-sphinctérienne très simple respectant le sphincter et la cloison recto-vaginale.

Un drain

1 litre de sang pendant l'intervention

Pièce - Polypes nombreux sur le sigmoïde et sur le cœcum.

Biopsie - Polypose colique diffuse (résection complémentaire)

Sigmoïde et rectum.

Ce qui frappe, sur toutes les sections de polype rectal et de sigmoïde examiné, c'est :

La fréquente atrophie de la muqueuse, qui est parfois totalement remplacée par un tissu scléro-inflammatoire où l'on distingue quelques rares culs-de-sac glandulaires ;

L'hypertrophie considérable des éléments lymphoïdes, sans lésion spécifique visible,

La présence partout dans la muqueuse d'un très abondant infiltrat lym-

pho-plasmocytaire.

On ne voit sur des coupes aucun signe de malignité.

Le 7 Août 1951, la malade va bien (aspiration sonde vésicale drain et mèche. Tube de Paul à l'anus iliaque). Le 8 on n'use de l'aspiration qu'au minimum. Le 9 on la supprime. Le premier pansoment montre un sphacèle de l'anse intestinale extériorisée, la fosse iliaque gauche est douloureuse à la palpation. La malade n'a pas d'appétit elle est pâle et présente de nombreux aphtes buccaux.

Le 20, la tonicité du sphincter avait imposé de pratiquer sous anesthésie locale, une incision rétro-sphinctérienne facilitant l'évacuation de l'ampoule rectale.

Le 28 Août, apparition d'une fistule médiane à l'extrémité inférieure de l'incision. Il s'en écoule du pus et des matières.

Le 1er Septembre 1951, brèche sus pubienne de la longueur d'une main, l'état général est de plus en plus faible.

Le 7 Septembre 1951, des matières foccales passent dans les urines.

Le 9 Septembre toutes les urines passent par la brèche sus pubienne.

Le 10 Septembre, Colette S., va très mal, sa famille demande qu'elle rentre en Auvergne. Elle rejoint donc son domicile à Roannez-St-Mary en voiture d'ambulance dans un état désespéré.

Quelques jours plus tard, le Docteur DUPUY est appelé à son chevet et constate avec étonnement que son état s'est amélioré, contrairement à toute attente. Il la fait de nouveau hospitaliser dans son service de Chirurgie à Aurillac et cette fois les progrès sont relativement rapides. Quelques semaines plus tard elle regagne à nouveau son domicile où elle réside de 1953 à 1956.

L'état général continue à s'améliorer, les hémorragies s'arrêtent, le poids remonte. Cette amélioration progressive est cependant contrecarrée

par deux ordres de faits :

- d'une part, il est pratiquement impossible d'appareiller correctement l'anus iléal qui est situé trop près de la crête iliaque et qui présente un prolapsus presque permanent de la muqueuse,
- d'autre part, la malade présente des troubles urinaires infectieux qui paraissent être la conséquence des fistules iléo-vésicales et vésico-cutanées qui apparurent dans les suites de la dernière intervention. Une fistulotte urinaire se reproduit quelques jours par l'anus iléal pour disparaître spontanément.

On fait une urographie qui ne montre rien d'anormal et on se borne à traiter la malade par des petits lavages de vessie auxquels on associe une antibiothérapie à tropisme urinaire.

En 1957, Colette S., ENTRE LE NOUVEAU A L'HOPITAL D'AURILLAC
pour SYNDROME OCCLUSIF - ballonnement typique et douloureux de l'abdomen, arrêt complet des matières et des gaz - La cause paraît évidente. L'inspection montre un prolapsus irréductible de l'anso iléale droite qui est oedématisée, rouge violacé. Tout rétrocede rapidement grâce à un traitement médical : aspiration duodénale continue, rééquilibration biologique par perfusions intraveineuses et application locale de compresses imbibées de hyaluronidase. Toutefois la palpation montre l'existence d'une tumeur abdominale qui est sensiblement de la taille d'un utérus de quatre mois.

Cet accident aigu décide la malade à se faire réhospitaliser dans le service du Docteur MIALRET à Paris, en vue d'une réintervention sur son anus iléal.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE - 20 MAI 1957 - HOPITAL ST LOUIS - PARIS

Mr. MIALRET, Mr. ROUSSEL -

REPRISE D'ILEOSTOMIE APRES COLECTOMIE TOTALE POUR POLYPOSE RECTO-COLIQUE (Aurillac) -

Médiane

La masse est une collection liquidienne de 3 litres, séreuse, comprise à l'intérieur du péritoine sans parois propres. Il s'agit probablement de la rupture intra-péritonéale d'un petit kyste de l'ovaire.

Dès l'ouverture de la paroi, ouverture de la vessie et des anses grêles.

Fermeture vésicale en 2 plans. Suture jéjunale. Tout le grêle est collé en paquet, adhèrent en particulier à l'utérus et à l'annexe gauche.

On arrive à libérer ce qui est nécessaire de l'iléon terminal pour faire une iléostomie en bonne place après résection de la partie terminale de l'anse grêle extériorisée.

Fermeture de l'ancienne iléostomie sur un drain qui va jusqu'à dans le Douglas. Suture du mésentère de l'anse extériorisée au péritoine pariétal antérieur.

L'intestin extériorisé étant dépéritonisé et épaissi, on ne tente pas de faire une éversion muqueuse.

Une sonde de Pezzer dans la vessie.

Biopsie -

1° - Prélèvement intestinal - L'étude du fragment ne révèle aucun signe histologique suspect de malignité.

2° - Ovaire - L'ovaire est le siège de plusieurs kystes dont un volumineux hémorragique.

Suites opératoires - Le 21 Mai 1957 elle a bien supporté l'intervention. On enlève l'aspiration le 23, le 27 Mai on enlève le drain.

Le 3 juin, poussée thermique à 40, douleurs abdominales avec issue de pus et de sang.

Le 6 juin, abcès de la paroi qui se fistulise spontanément avec une importante quantité de pus, la température redescend à 37°4, il n'y a plus de douleurs abdominales.

Le 18 juin, violente douleur au niveau de l'orifice naturel avec écoulement de pus, la température remonte à 39°5, puis tout s'arrange et le premier juillet la température est à 37°, l'état général excellent.

Le 4 juillet, douleurs lombaires droites, oligurie, douleur en fin de miction, urines claires renfermant du sable calculin.

On la renvoie à Aurillac en lui demandant de dilater régulièrement son iléostomie tous les jours, en y passant le doigt, afin qu'elle garde le calibre de son médius.

Colette S., est cette fois bien guérie. Son anus en bonne place est facile à appareiller. Elle se montre satisfaite d'un nouvel appareil de prothèse très simple qui lui permet de mener une vie apparemment normale " et même de danser dans un groupe folklorique local ".

Ce n'est que deux ans plus tard, le 26 Mai 1959, qu'elle rentre de nouveau à l'Hôpital d'Aurillac pour un syndrome urinaire se traduisant par des hématuries intermittentes, une pyurie et des douleurs pelviennes déclenchées par les changements de position.

Le 28 Mai 1959, la cystoscopie montre la présence d'UN CALCUL DANS UN DIVERTICULE VESICAL.

Le 30 Mai 1959 - Docteur DUPUY - HOPITAL d'AURILLAC - Calcul vésical dans un petit diverticule du dôme vésical.

Ablation par taille d'un calcul de la grosseur d'une noix. Résection du diverticule. Fermeture vésicale.

Les suites opératoires sont simples, la cicatrisation relativement rapide et Colette S., reprend ses activités normales.

- D I S C U S S I O N -

Dans cette longue observation de polypose recto-colique nous voudrions

I°) - Mettre en évidence l'aspect atypique de son début et quelques particularités de son évolution .

2°) - Nous voudrions ensuite discuter le problème de la meilleure tactique chirurgicale à adopter en présence d'une polypose aussi rapide et avec un retentissement aussi grave sur l'état général .

Cette jeune fille présentait certes dès le début de son affection les symptômes principaux d'une polypose recto-colique dont deux dominaient le tableau :

- la diarrhée dysentérioriforme à début brutal
- les hémorragies intestinales de sang rouge

mais ils présentaient un aspect si particulier et revêtaient une telle intensité qu'ils firent errer le diagnostic pendant une quinzaine de jours, d'autant plus qu'il s'y ajoutait un élément infectieux très important et que le toucher rectal n'avait rien montré d'anormal.

Ce n'est qu'après échec complet de l'antibiothérapie, la négativité répétée des hémocultures et des séro-diagnostic que l'on demanda un lavement baryté qui, sur des clichés pris après évacuation, mit en évidence une polypose étendue à tout le cadre colique mais surtout marquée au niveau du côlon gauche.

La rectoscopie confirma ce diagnostic.

Les aspects cliniques particuliers de cette observation de polypose nous paraissent être :

- 1° - Le début brutal de l'affection
- 2° - Le masque infectieux pseudo-typhique sous lequel elle a évolué.
- 3° - L'allure suraiguë de son évolution
- 4° - L'importance de l'élément infectieux

Le début brutal est en effet très particulier chez notre malade, contrairement au début progressif le plus souvent rencontré.

C'est en quelques jours, trois ou quatre, que s'installe le syndrome hémorragique et infectieux. Il s'agissait jusqu'alors d'une jeune fille en très bonne santé apparente qui n'avait jamais présenté le moindre trouble digestif ou abdominal au préalable, sans aucun antécédent familial connu .

L'aspect pseudo-typhique de ce cas de polypose recto-colique a entraîné naturellement une erreur de diagnostic.

Il était impossible de ne pas penser à une salmonellose en présence d'une diarrhée très importante s'accompagnant d'hémorragies intestinales avec une température en plateau entre 39° et 40°, des douleurs abdominales diffuses, tout ceci survenant chez une jeune fille de seize ans non vaccinée.

Ce ne sont que l'échec du traitement au chloramphénicol, la négativité constante des hémocultures et des séro-diagnostic qui ont permis d'éliminer le diagnostic d'une affection typhique ou para-typhique.

Ainsi l'existence de la polypose a été affirmée par la rectoscopie et le lavement baryté au quinzième jour seulement de l'évolution de cette curieuse affection.

Cette polypose a évolué d'une façon aiguë et même suraiguë

Cette malade, à son arrivée dans le service de chirurgie du Docteur DUPUY était dans un état de faiblesse extrême, très amaigrie, cachectique, déshydratée, infectée, anémique, et ceci malgré les transfusions presque quotidiennes. On s'efforça de mettre en oeuvre la réanimation qui s'imposait. Malgré cela la situation s'aggravait de jour en jour et forçait la main à une décision chirurgicale rapide.

L'importance de l'élément infectieux explique peut être, tout au moins en partie, la gravité de l'évolution.

Tous les antibiotiques successivement essayés, isolément ou en association, à des doses très importantes n'ont eu absolument aucune action sur l'évolution de la température et du tableau infectieux.

C'est seulement après la coloctomie partielle que la courbe thermique a commencé à se décrocher. Le drainage des gouttières pariéto-colique a donné une suppuration très abondante qui a persisté pendant plus de cinq semaines.

La résection intra-sphinctérienne du rectum très simple techniquement, a été compliquée d'un abcès rétro rectal important.

Plusieurs fistules se formèrent au cours des suites opératoires. Il se produisit même une importante brèche pariétale de la région sus pubienne par laquelle s'écoulait la totalité des urines à l'heure la plus grave de l'évolution de cette polypose.

Le deuxième problème qui se pose lors de la discussion de cette observation est le suivant :

- Dans les conditions où nous nous sommes trouvés la tactique chirurgicale employée était-elle la meilleure
- N'aurait-on pas pu guérir cette malade plus rapidement en lui évitant une série d'interventions chirurgicales toutes très graves qui ont chaque fois posé un pronostic vital .

Tout d'abord nous devons préciser que si nous avions pu faire transporter cette malade dans un service spécialisé d'un hôpital parisien nous l'aurions volontiers conseillé à la famille, mais l'état de la malade ne permettait pas ce long voyage.

S'il est des cas de polypose recto colique où il est difficile de faire accepter une grave opération à un sujet jeune pour des symptômes longtemps discrets il n'en était pas de même devant la gravité de l'état de cette jeune fille.

Il restait à choisir la meilleure tactique chirurgicale :

- Colectomie totale en un temps
- Ou dérivation préalable puis colectomie secondaire

S'il est des cas les plus favorables que HAYO et JACKMAN ont pu traité par iléo-sigmoïdostomie il est unanimement admis que la polypose recto-colique généralisée doit être traitée par colectomie totale, intervention d'absolue nécessité.

Selon les possibilités de l'opérateur lors de l'intervention plusieurs solutions sont alors possibles :

- I° - Intubation iléale dans le canal anal, solution idéale, dont on connaît de bons résultats surtout si la muqueuse anale a pu être conservée.

2° - Iléostomie périnéale

3° - Iléostomie terminale abdominale, longtemps considéré comme incompatible avec l'existence mais qui connaît actuellement un regain de faveur surtout après la publication des bons résultats obtenus par les auteurs américains.

Iléostomie terminale plus facilement supportée qu'autrefois grâce à un meilleur appareillage mieux adapté à la paroi et dont l'entretien est beaucoup plus facile pour le malade.

Mais dans l'état où était notre malade, cachectique, infecté, presque moribonde malgré toutes les tentatives de rééquilibration biologique la colectomie totale paraissait impensable et c'est ainsi qu'une dérivation préalable à la locale fut décidée et réalisée dans l'espoir qu'elle permettrait à cette jeune fille de supporter une colectomie secondaire avec quelques chances de succès.

Les résultats de cette dérivation se sont très vite montrés insuffisants, mais la très légère amélioration constatée avait permis de passer un cap.

Mais à ce moment, la malade ne paraissait pas encore pouvoir supporter une colectomie totale et il fut décidé de faire l'ablation du côlon gauche, du transverse et du côlon droit, en laissant en place le coecum, le rectum et le bas sigmoïde, qui fut abouché à la peau.

C'est à partir de cette intervention que les signes d'infection se sont amendés. En même temps la diarrhée profuse se tarissait et l'état

général lentement se rétablissait.

Mais la persistance des hémorragies par le rectum surtout mais aussi par l'anus coecal, imposait de compléter cette colectomie.

Le Docteur MIALARET a bien voulu accepter de se charger de cette intervention difficile. Il a rencontré dans le temps abdominal, toutes les difficultés possibles, l'ancien étage sous mésocolique était complètement bloqué par des adhérences multiples, adhérences intestinales avec participation des annexes droites et de la vessie.

Les suites opératoires de cette intervention longue et difficile ont été marquées par toute une série de complications : fistules urinaires, sphacèle de l'anse grêle iléostomisée, sphacèle pariétal, abcès pelvien, etc

Notre malade après toutes ces complications a cependant guéri.

Elle conservait un anus iléal droit, mal placé, tout contre la crête iliaque, avec un prolapsus muqueux, d'abord intermittent et qui est vite devenu irréductible.

Des accidents de sub-occlusion et une crise véritable d'occlusion se sont manifestés qui ont nécessité plusieurs hospitalisations.

Le Docteur MIALARET a bien voulu se charger de reprendre cette fistulisation iléale et depuis cette nouvelle intervention, Colette S., a un anus iléal, idéal, facile à appareiller, qui donne trois ou quatre selles liquides quotidiennes et qui lui permet de mener une vie normale.

Colette S., est maintenant une belle jeune fille de 26 ans, qui a du charme, et dit-on, du succès.

Elle ne surveille plus très bien son régime alimentaire et le rythme de ses selles est moins régulier qu'il n'avait été il y a un an.

Elle a depuis longtemps accepté son iléostomie définitive ; sa famille et son entourage la retrouvent ce qu'elle était il y a 10 ans.

Quand on se rappelle dans quel état cette malade était arrivée dans le service de Chirurgie, on serait tenté de considérer ce résultat comme un beau succès.

Mais ce résultat n'a été acquis qu'après des années d'hospitalisation et après toute une série d'interventions chirurgicales où le risque vital couru était chaque fois très grand.

Les interventions premières : colostomie et colectomie partielle ont rendu très difficile et dangereuse la colectomie terminale.

Ces interventions ont empêché la réalisation projetée de l'iléostomie transanale.

Dans le cas de notre malade, nous croyons qu'il n'était pas possible d'agir autrement qu'il n'a été fait, mais nous nous sommes trouvés devant une polypose très grave à allure suraiguë.

Nous sommes persuadés que le traitement chirurgical idéal de la polypose recto-colique, avec une préparation, une anesthésie et une rééquilibration convenables, est la COLECTOMIE TOTALE EN UN TEMPS, seule intervention capable de guérir définitivement cette lésion.

C O N C L U S I O N

La guérison définitive n'a été obtenue qu'après la colectomie totale, rendue très difficile par les interventions précédentes (dérivation par colostomie puis colectomie partielle) qui ont empêché la réalisation projetée d'une iléostomie transanale.

Neuf ans après le début de sa maladie, cette jeune fille, bien guérie mène une vie d'apparence normale malgré son iléostomie terminale abdominale qu'elle a bien accepté.

Nous sommes persuadés que le traitement chirurgical idéal de la polypose recto-colique, avec une préparation, une anesthésie et une rééquilibration convenables, est la colectomie totale en un temps, seule intervention capable de guérir définitivement cette lésion.

Vu, le Président de Thèse :
Professeur J. PATEL

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer ,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH.

B I B L I O G R A P H I E

- AUGIER - Thèse de Paris 1932 - 140 observations.
- BACON H.E., GIAMBALVO G.P., SAUER I., FLEMING J.P., et VILLALBA G. - La polypose intestinale - J. Internat. Coll. Surgeons, sept 1957 28, n° 3, 346-356, 3 tabl. (Bibliogr.) (Résumé français).
- BARTHOLOMEW L.G., DAHLIN D.C., et WAUGH J.M. - Polypose intestinale associée à une pigmentation de mélanine cutanéomuqueuse (syndrome de Peutz-Jeghers) revue de la littérature et relation de 6 cas ; observations pathologiques Gastroenterology, mars 1957 ; 32, n° 3, 434-451. (Bibliogr.)
- BARTLETT R.W. et PECK M.E. - Le traitement de la polypose multiple du côlon - Surg. Gyn. Obst. mai 1950 - 90, n° 5, 547-551 9 fig. - (Bibliogr.) -
- BENSAUDE, HILLENAND et AUGIER - La polypose intestinale - Archives des maladies de l'appareil digestif, tome XXII, n° 5, mai 1932, p. 473-555, 30 fig.
- BLACK B.H. et HANSBRO G.L. - Traitement de la polypose familiale du côlon - Surg. Clin. North Amer., août 1950, 30, n° 4, 1013-1023 (Bibliogr.)
- BOEHME E.J. - Traitement chirurgical de la polypose familiale du côlon - Ann. Surg. av. 1950, 31, n° 4, 519-533, 8 fig. (Bibliogr.)
- BONNIOT, GIRARD H., BONNET-EYMARD et CHABANON - Un cas de polypose rectocolique généralisée chez un sujet de 22 ans. Coloproctectomie totale. Arch. Mal. App. dig. sept. - Oct. 1954, 43, n° 9/10-982-984.
- CHIRGO G.A. - Etats précancéreux du tube digestif, en particulier la polypose gastro-intestinale - J. Internat. Coll. Surgeons, déc. 1958, 30, n° 6, 691-695 - (Texte français).
- COLEMAN S.T. et ECKERT C. - La préservation du rectum dans la polypose familiale du côlon et du rectum - Arch. Surg., oct. 1956, 73, n° 4, 635-644, 6 fig. (Bibliogr.)
- DUBOURG G., DUBARRY J. J. et CHAUVENET A. - Réflexions sur la rectocolectomie totale avec iléostomie transanale dans la polypose rectocolique généralisée. (A propos de deux observations recul de 4 et 2 ans) - Arch. Mal. App. dig. sept. 1958, 47, n° 9, 1036-1041).
- GANTZ A., ARISTIA R. et GUZMAN A. - Polyposse intestinale généralisée - Arch. Hosp. clin. Niños, déc. 1952, 19, n° 4, 143-146 (Bibliogr.)

- GUMPEL R.C. et CARBALLO J.D. - Une nouvelle conception de l'adénomatose familiale - Ann. of Int. Med. déc. 1956, 45, n° 6, 1045-1058, 6 fig. (Bibliogr.)
- HILLEMANT M.P. - A propos du traitement de la polypose essentielle rectocolique diffuse généralisée - Arch. Mal. App. dig. av. 1950, 39, n° 4, 472-473.
- HILLEMANT P., LOYGUE J., HILLEMANT B et DUBORD - Polypose recto-colique généralisée avec cancers coliques multiples et perforations jéjunales postopératoires étagées - Arch. Mal. App. dig. mars 1956, 45, n° 3, 255-260 (Bibliogr.)
- JAMES R. Mc CORRISTON (Montreal), Canadian Journal of Surgery, vol. 1, n° 1, Octobre 1957, p. 52-57.
- LANZARA A. - Polypose diffuse recto-colique. Proctocolectomie totale et iléostomie anale continente par une seule opération - Policlinico (sez. chir.) déc. 1955, 62, n° 6, 361-378 (Bibliogr.). (Résumé français)
- LEVEUF et ODRU - La polypose colique diffuse - Journal de Chirurgie, 1931 t. XXXVII, n° 6, pp. 810-827.
- LOCKART MUMMERY J.P. - Etiologie et traitement de l'adénomatose multiple du côlon - Annals of Surgery, vol. XCIX, n° 1er janvier 1934, pp. 178-184, avec 5 figures (en faveur de la colectomie totale).
- LOCKHART - MUMMERY H.E., DUKES C.E. et BUSSEY H.J.R. - Traitement chirurgical de la polypose familiale du côlon - Brit. J. Surg. mars 1956, 43, n° 181, 476-481 (Bibliogr.)
- MANDI - Sur l'indication thérapeutique dans la polypose du gros intestin. Zentralblatt für chirurgie, tome LXI, n° 17, 26 avril 1934, pp. 988, 1 fig. (plaidoyer en faveur de la colectomie totale).
- MARCONI G. - Polypose multiple diffuse de l'intestin grêle - Minerva chir. 15 mai 1953, n° 9, 410-415, 6 fig. (Bibliogr.) (Résumé français)
- MIALARET J. - A propos du traitement de la polypose recto-colique généralisée - Mém. Acad. Chir. 1er juin 1955, 81, n° 18-19, 553-560.
- NEEL J.V., BOLT R.J., et POLLARD H.M. - "pedigree" de polypose multiple du côlon Gastroenterology, janv. 1954, 26, n° 1-11-(Bibliogr.)
- OLDFIELD M.C. - Association de polypose familiale du côlon à de multiples kystes sébacés - Brit. J. Surg. mars 1954, 41, n° 169, 534-541, 16 fig. (Bibliogr.)
- PARTURIER-ALBOT, BERGERET et BAUFLE - Rectocolectomie totale pour polypose rectocolique essentielle généralisée - Arch. Mal. App. dig. mars 1950, 39, n° 3, 382-389, 7 fig.
- REED T.E. et NEEL J.V. - Etude génétique de la polypose généralisée du côlon - Am. J. Human Genet. sept. 1955, 7, n° 3, 236-263, 6 tabl. (Bibliogr.)
- SMITH W.G. et JACKMAN R.J. - La polypose du gros intestin. La préservation du segment terminal - Am. J. Surg. nov. 1955, 751-760 (Bibliogr.)
- TEICH ALASIA S. - Technique de colectomie totale dans les cas de polypes recto-coliques, avec anus continent périnéal raccordé à l'iléon. Minerva chirur., 31 mai 1955, 10, n° 10, 476-482, 9 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).

